

9. Giovanni Buzzaccarini et al. Chronic endometritis and altered embryo implantation: a unified pathophysiological theory from a literature systematic review. Journal of Assisted Reproduction and Genetics. 2020. Vol. 37. P. 2897–2911. DOI: 10.1007/s10815-020-01955-8.

10. Сенчукова, С. Р. Этиологическая структура воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин фертильного возраста в современных условиях / С. Р. Сенчукова, А. К. Пичигина, О. П. Молодых // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 5. P. 69–69. DOI: 10.17513/spno.28093.

11. Poor reliability of vaginal and endocervical cultures for evaluating microbiology of endometrial cavity in women with chronic endometritis / E. Cicinelli [et al.] // Gynecol Obstet Invest. 2009. Vol. 68(2). P. 108–115.

12. Review: Chronic endometritis and its effect on reproduction / F. Kimura [et al.] // J Obstet Gynaecol Res. 2019. Vol. 45(5). P. 951–960. DOI: 10.1111/jog.13937.

13. Патогенетическое обоснование терапии хронического эндометрита / Н. А. Гомболевская [и др.] // Акушерство и гинекология. 2015. № 11. P. 78–85.

УДК 618.14-006.36+618.14-002]-07

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧЕСКОЙ
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК
С МИОМОЙ МАТКИ И АДЕНОМИОЗОМ**

Терешко А. Е.

Научный руководитель: к.м.н. С. С. Кравченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Миома матки является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. Ее частота колеблется от 20 до 50 %. В структуре гинекологической заболеваемости данное заболевание занимает второе место после воспалительных процессов. В то время как аденомиоз — не менее распространенная патология у женщин репродуктивного возраста, частота встречаемости которого составляет 15–50 % [1]. Миома матки достаточно часто сочетается с заболеваниями женских половых органов и соматической патологией, среди которых преобладают аденомиоз, хронические инфекционно-воспалительные процессы матки, маточных труб и яичников; нарушения менструального цикла, фиброзно-кистозное поражение молочных желез, акромегалия, заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной и пищеварительной системы [2]. Сочетание аденомиоза с миомой матки отмечается за счет общности патогенеза и механизмов взаимной индукции на локальном уровне, что может говорить о наличии у данных заболеваний общей соматической и гинекологической патологии в анамнезе [4].

Цель

Провести сравнительный анализ соматической и гинекологической патологии у пациенток с миомой матки и аденомиозом.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анамнез 80 историй болезни карт пациенток гинекологического отделения УЗ «Гомельской областной клинической больницы», с миомой матки и аденомиозом. Исследуемые были разделены на 2 группы: группа 1(Г1) — 50 пациенток с миомой матки, группа 2(Г2) — 30 пациенток с аденомиозом. Для создания базы данных и их обработки создана база данных в системе «MS Office Excel 2016». Обработка данных проводилась с использованием пакета программ «MedCalc 10.2.0». Количественные значения изучаемых признаков представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (Ме (25; 75). Качественные показатели представляли в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе. Для сравнения в двух независимых группах по качествен-

ным признакам χ^2 -Пирсона, по количественным признакам использовали критерий Манна — Уитни. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентки обеих были групп сопоставимы по возрасту: Ме в первой группе составила 46,5 (40; 50) лет, во второй группе — 46 (40; 50) лет. Также сопоставимы по возрасту были рост и вес обеих групп: Ме роста в Г1 составила 164 (158; 166) см, в Г2 — 164 (161; 168) см; Ме веса в Г1 составила 72 (62; 81) кг, в Г2 — 69 (60; 76) кг. В таблице 1 представлены частота развития клинических проявлений у пациенток обеих групп.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика пациенток обследуемых групп по наличию жалоб

Показатель	Г1	Г2	Уровень p
Жалобы	33 (66 %)	24 (80 %)	0,7
Кровянистые межменструальные выделения	5 (10 %)	12 (40 %)*	0,025
Болезненная менструация	7 (14 %)	7 (23 %)	0,55
Длительность менструации, дней	5 (4; 6,5)	5 (5; 7)	0,6
Обильная менструация	26 (52 %)	10 (33 %)	0,4
Боль в нижней части живота	22 (44 %)	4 (13,3 %)	0,06

* — Значимое различие между группами.

Исходя из данных таблицы видно, что кровянистые межменструальные выделения в группе Г1 составили 5 %, что статистически значимо реже нежели в Г2 (40 %) ($p = 0,025$). Также в нашем исследовании мы получили тенденцию к более частому наличию болевого синдрома у пациенток с миомой матки ($p = 0,06$), нежели с аденомиозом, что может быть связано с большими размерами узлов у пациенток или наличием сопутствующей патологии, сопровождающиеся болевым синдромом.

В ходе анализа данных акушерско-гинекологического анамнеза было выявлено, что группы Г1 и Г2 были сопоставимы по наличию в анамнезе аборта и родов. 46 % первой группы Г1 не имели прерываний беременности в анамнезе, тогда как у 40 % пациенток группы Г2 выявлялся медицинский аборт в анамнезе, однако статистически значимых различий выявлено не было. Более чем половина пациенток обеих групп (54 и 57 % соответственно) имели 2 родов в анамнезе. Нерожавших пациенток в первой группе было 22 %, во второй — 7 %, однако статистических различий выявлено не было.

Рассматривая соматическую патологию у пациенток в Г1 и Г2, мы обнаружили, что наиболее часто у пациенток определялись такая соматическая патология как анемия (в подавляющем большинстве случаев легкой степени), артериальная гипертензия. Следует отметить, что ожирение различных степеней было выявлено только у пациенток группы Г1. Однако статистически значимых различий в обследуемых группах не было найдено. Результаты наглядно представлены на рисунке 1.

Наиболее часто среди гинекологической патологии в анамнезе у женщин из групп Г1 и Г2 встречались: полип эндометрия в группе Г1 — 16 %, в группе Г2 — 23 %, киста яичника в группе с миомой матки — 10 %, в группе с аденомиозом — 12 %. Гистологически подтвержденная гиперплазия эндометрия выявлялась только в группе пациенток с миомой матки в 4 % случаев. Частота всех диагностированных у обследованных пациенток гинекологических заболеваний наглядно представлена на рисунке 2.

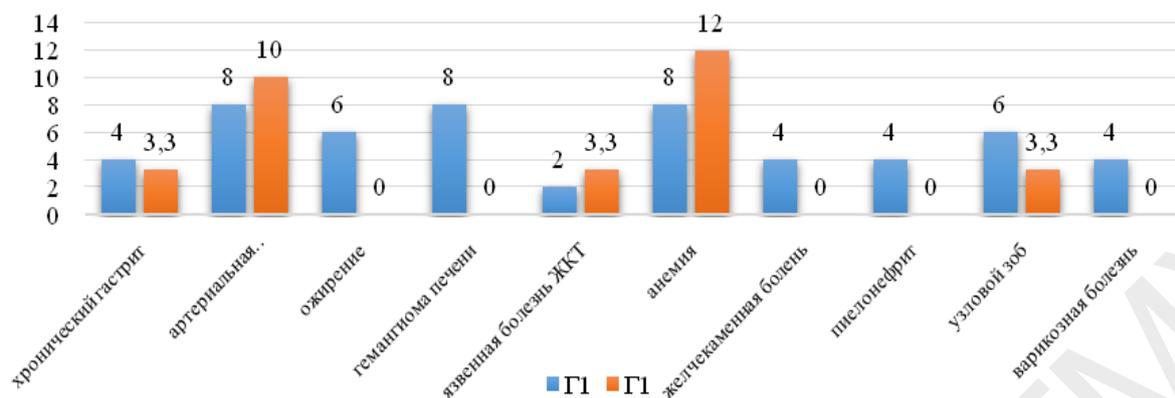


Рисунок 1 — Частота соматической патологии в обследуемых группах

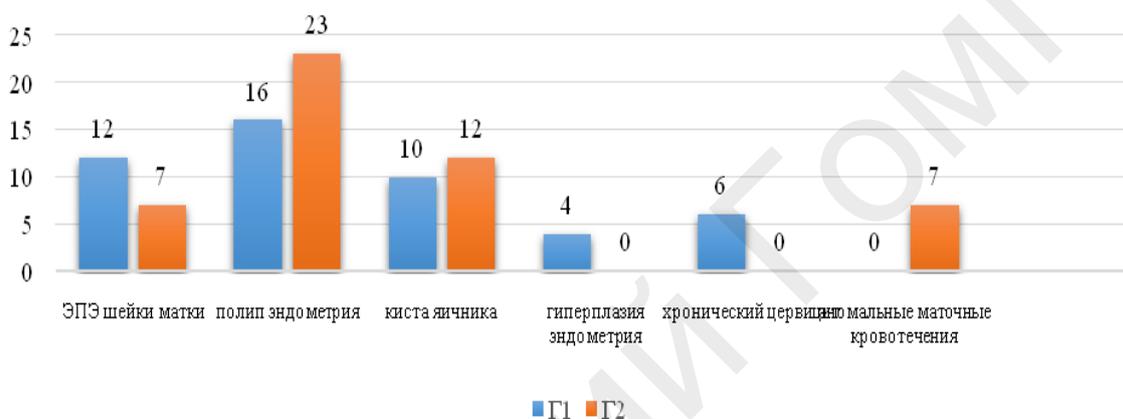


Рисунок 2 — Частота гинекологической патологии у пациенток групп Г1 и Г2

Из рисунка 2 видно, что гистологически подтвержденная гиперплазия эндометрия выявлялась только в группе пациенток с миомой матки в 4 % случаев, тогда как аномальные маточные кровотечения только в 7 % у пациенток с аденомиозом. По данным показателям статистически группы не отличались.

Выводы

1. В результате проведенного исследования было выявлено, что жалобы на кровянистые межменструальные выделения чаще предъявляли пациентки с аденомиозом ($p = 0,0025$), нежели пациентки с миомой матки.

2. По полученным данным обе группы были сопоставимы по возрасту, весу, росту, акушерско-гинекологическим анамнезу, а также наличию соматической патологии. Наиболее часто это были пациентки позднего репродуктивного возраста, с наличием прерываний беременности (чаще 1), родов в анамнезе (чаще 2). Среди соматической патологии более растроненными была анемия и артериальная гипертония.

3. Среди гинекологической патологии у обследованных пациенток с миомой матки и аденомиозом наиболее часто определялись полипы эндометрия, что может быть объяснимо общность развития данных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савицкий, Г. А. Что такое миома матки? / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2016. 16 с.
2. Унанян, А. Л. Активный и неактивный аденомиоз : клиничко-морфологические варианты развития, дифференцированный подход к терапии / А. Л. Унанян, И. С. Сидорова, Е. А. Коган // Акушерство, гинекология и репродукция. 2019. № 2. С. 25–30.
3. Согоян, Н. С. Генетические механизмы развития миомы матки/ Н. С. Согоян, Л. В. Адамян // Проблемы репродукции. 2016. № 1–6. С. 628–634.
4. Ефанова, Н. А. Современные аспекты патогенеза основных клинических проявлений и перспектив терапии эндометриоза / Н. А. Ефанова // Таврический медико-биологический вестник. 2018 № 3. С. 180–185.